

Anmeldung

- Altersheim (AH)
- Langzeitpflege (LZP)

- dringlich
- vorsorglich

- definitiver Aufenthalt
- Kurzaufenthalt (z.B. Ferien)

Name _____ (bei Frauen auch Mädchenname)

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Wo hält sich die oben genannte Person zur Zeit auf (Adresse, Telefon, Mail)

Behandelnder Arzt/Ärztin (Adresse, Telefon, Mail)

Wohnsitzgemeinde _____ **Heimatort** _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

Konfession _____ **Beruf** _____

Name des Vaters _____ **Name der Mutter** _____

Zivilstand

- ledig
- verheiratet mit _____
- Lebenspartner/-in _____
- verwitwet von _____
- geschieden von _____

AHV-Nummer _____

Bezieht eine AHV-Rente IV-Rente HE (Hilflosenentschädigung)

Adresse der Krankenkasse / Versicherten Nr. / Versichertenkarten-Nr. (20-stellig)

Angehörige (Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail)

Verwandtschaftsgrad

- Ehegatte/Ehegattin
 Partner/-in
 Tochter/Sohn
 Nichte/Neffe

Angehörige (Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail)

Verwandtschaftsgrad

- Ehegatte/Ehegattin
 Partner/-in
 Tochter/Sohn
 Nichte/Neffe

Gesetzliche/r Vertreter/-in

- Vertretungs-
beistandschaft umfassende
Beistandschaft

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mail _____

**Person oder Institution, an welche die Rechnungen zu senden sind und die auch gegen-
über dem Spital und Altersheim Belp für eine termingerechte Begleichung verantwortlich ist
(Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail)**

Bemerkungen

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

(angemeldete Person oder gesetzliche/r Vertreter/-in)

**Jeder Anmeldung ist das spezielle Arztzeugnis für Langzeitkranke beizulegen. Bei vorsorglicher
Anmeldung ist das Arztzeugnis erst kurz vor Eintritt möglich.**